

Αλληλεξάρτηση Υγείας και Κοινωνίας

Παπαγεωργίου Γεωργία¹, Μπίζας Λάμπρος²

1. Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου,
gpaageorgiou06@yahoo.gr

2. Νοσηλεύτης, Ψυχολόγος, MSc, PhD©, Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός»
lamprosbizas@yahoo.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η υγεία βρίσκεται σε μια συνεχή σχέση αλληλεξάρτησης όχι μόνο με παθοφυσιολογικούς αλλά και με κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι συνεργατικά συντελούν στην εδραίωση μιας δυναμικής ισορροπίας των εννοιών της υγείας και της κοινωνίας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των παραγόντων εκείνων που επιδρούν ουσιαστικά και επηρεάζουν την υγεία των ατόμων.

Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας: Διενεργήθηκε ανασκόπηση σε διεθνείς και ελληνικές βάσεις δεδομένων (Medline, PubMed, Cinahl, Scopus) και (Iatrotek) (1995-2010). Σημαντικές επίσης πληροφορίες αντλήθηκαν από Ελληνικά και ξενόγλωσσα βιβλία.

Αποτελέσματα: Η σχέση που υφίσταται μεταξύ της υγείας και της κοινωνίας είναι σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης και συναντάται από την εμφάνιση των πρώτων κοινωνιών. Η κοινωνιολογική προσέγγιση της έννοιας της υγείας υποστηρίζει ότι η κοινωνία και οι δομές που την απαρτίζουν διευκολύνουν την εγκαθίδρυση ενεργούς αλληλεπίδρασης υγείας και κοινωνίας. Οι κυριότεροι παράγοντες αυτής της αλληλεπίδρασης είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η γεωγραφική χωροταξία, κοινωνικοοικονομικοί, πολιτιστικοί και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες, καθώς και η προσβασιμότητα στις δομές υγείας.

Συμπεράσματα: Η υγεία και η ασθένεια εμπλέκονται σε όλες τις πτυχές της κοινωνικής ζωής, χωρίς να διαχωρίζονται από τις αξίες, τα στερεότυπα, τις πεποιθήσεις και την καθημερινή συμπεριφορά μιας κοινωνίας.

Λέξεις Κλειδιά: Υγεία, κοινωνία, κοινωνική αναπαράσταση, κοινωνικές σχέσεις

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία είναι ο βασικός συντελεστής που χρησιμοποιούμε για να υπολογίσουμε την φυσική, πνευματική και κοινωνική κατάσταση ενός ζωντανού οργανισμού. Δεν είναι απλά ένα βιολογικά προσδιορισμένο φαινόμενο, όπως και η ασθένεια, αλλά είναι μια κοινωνική κατάσταση αφού επηρεάζεται από το περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο γεννιέται, ανατρέφεται, μορφώνεται, εργάζεται και ζει. Οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία ενός ατόμου είναι γενετικοί, γεωφυσικοί, κλιματολογικές συνθήκες και περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η κατοικία, η εργασία, η ρύπανση του περιβάλλοντος, ο τρόπος διαβίωσης, παράγοντες που έχουν άμεση σχέση με τις συνθήκες ζωής μας όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, τη διατροφή, τα ναρκωτικά, η άσκηση, κοινωνικοοικονομικοί, πολιτισμικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες, δημογραφικές μεταβολές και μετακινήσεις πληθυσμών, οι κοινωνικές σχέσεις, παράγοντες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες και τα συστήματα υγείας όπως για παράδειγμα η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης και παράγοντες που έχουν να κάνουν με την εκπαίδευση της υγείας. (Adam Ph, Herzlich Cl, 1999).

Κάθε κοινωνία για να αντιμετωπίσει τις ασθένειες που δημιουργούνται από κοινωνικά και περιβαλλοντικά αίτια, αναπτύσσει διάφορους μηχανισμούς προστασίας και αντιμετώπισης της ασθένειας με απώτερο σκοπό τη θεραπεία αλλά και τη διαφύλαξη και προαγωγή της υγείας. Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας έχει στραφεί στην προσπάθεια να διαμορφωθεί μια ολιστική θεωρία για την υγεία, όχι μόνο ιατροκεντρική αλλά προβάλλοντας και τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές της διαστάσεις, αφού είναι φανερό ότι η υγεία εξαρτάται περισσότερο από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, την ανθρώπινη συμπεριφορά και κληρονομικότητα και λιγότερο από τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες (Μάντη, Π., Τσελέπη, Χρ., 2000).

Σκοπός

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια ανάδειξης της αλληλεξάρτησης υγείας και κοινωνίας, αλλά και παράθεσης των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν την αλληλεξάρτηση και καθορίζουν τις σχέσεις μεταξύ της υγείας και της κοινωνίας.

Υλικό και μέθοδος

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στηρίχθηκε σε ανασκοπικές και ερευνητικές μελέτες οι οποίες αντλήθηκαν από διεθνείς και ελληνικές βάσεις δεδομένων (Medline, PubMed, Cinahl, Scopus) και (Iatrotek) (1995-2010) με λέξεις κλειδιά: υγεία, κοινωνία, κοινωνική αναπαράσταση και κοινωνικές σχέσεις. Σημαντικές επίσης πληροφορίες αντλήθηκαν από Ελληνικά και ξενόγλωσσα βιβλία με συναφή θεματολογία..

Κοινωνικές αναπαραστάσεις - Υγεία και κοινωνία

Η εύρυθμη λειτουργία ενός κοινωνικού συστήματος, σε οποιαδήποτε χρονική περίοδο, προϋποθέτει την ατομική και κοινωνική ευεξία των μελών του. Η διαταραχή αυτής της ευεξίας, μπορεί να γίνει απειλή τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για την κοινωνία. Σύμφωνα με τον ορισμό που έχει διατυπωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (WHO, 1946). Η υγεία διακρίνεται σε ατομική και δημόσια και αφορά το σύνολο της κοινωνίας. Η ανθρώπινη ζωή είναι λειτουργικά δομημένη και οργανωμένη σε επίπεδα, με πρώτο επίπεδο τα οργανικά μόρια και κύτταρα, δεύτερο τη συγκρότηση του οργανισμού και αυτού του και διαμέσου αυτού οι σχέσεις που αποκτά με το οικογενειακό περιβάλλον και τρίτο επίπεδο τη σχέση που αποκτά με την κοινωνία γενικότερα. Όλα τα επίπεδα έχουν την ίδια αξία για τη ζωή ενός ανθρώπου και σε κάθε επίπεδο πρέπει να υπάρχει επαρκής ποσότητα και ποιότητα των συστατικών του στοιχείων (Σαρρής, Μ., 2001). Έτσι λοιπόν η υγεία δεν επηρεάζεται μόνο από την ιατρική επιστήμη, αλλά και από επιπρόσθετους παράγοντες όπως το περιβάλλον, ο πολιτισμός, η εργασία, η κοινωνία, η οικονομία, η πολιτική, η συμπεριφορά κ.α. Απαραίτητη προϋπόθεση λοιπόν για καλή υγεία είναι και η κάλυψη των κοινωνικών, οικονομικών και συναισθηματικών αναγκών του ατόμου. Η προστασία της υγείας αποτελεί μια από τις σημαντικότερες επιδιώξεις της πολιτικής κοινωνίας.

Με τον όρο κοινωνία εννοούμε μια ομάδα ατόμων που συμβιώνουν σε κάποιο τόπο και τα μέλη της έχουν αναπτύξει οργανωμένα πρότυπα σχέσεων μέσω της διαρκούς αλληλεπίδρασης τους. Οι παράγοντες που επιδρούν στην υγεία βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με την «κοινωνική αναπαράσταση» των ατόμων για την υγεία, η οποία και προσδιορίζει τον τρόπο συμπεριφοράς τους για ανάλογα ζητήματα.

Ως κοινωνική αναπαράσταση της υγείας και της αρρώστιας, νοείται ένα ιεραρχημένο σύνολο θεμάτων, ζητημάτων και η σχετική θέση σ' αυτό του δίπολου «υγεία - αρρώστια» όπως το επιλέγει και το διαμορφώνει μία κοινωνική ομάδα αλλά και το αντίστροφο. είναι ένα ιεραρχημένο σύνολο θεμάτων που χαρακτηρίζει μία ομάδα.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας χαρακτηρίζονται από μία ιδιαίτερα ισχυρή δομή: η υγεία, για όσους έχουν την τύχη να γεννηθούν υγιείς δεν χρειάζεται καμία εξήγηση. Αντίθετα η ασθένεια χρειάζεται κάποια εξήγηση. Σε έναν μεγάλο βαθμό αποδίδεται στο περιβάλλον στο οποίο ζούμε, στον τεχνητό χαρακτήρα και στον ξέφρενο ρυθμό ζωής στις πόλεις, σε μία μη φυσική και ανθυγιεινή τροφή και στην ρύπανση της ατμόσφαιρας.

Στις κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας συσχετίζονται η ενόραση του βιολογικού



κόσμου με την ενόραση του κοινωνικού κόσμου. Αυτό το φαινόμενο δεν χαρακτηρίζει μόνο τις σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες, αλλά όλες οι κοινωνίες επιδίδονται στην σύνδεση μιας βιολογικής τάξης με μια κοινωνική τάξη. Δια μέσου των αντιλήψεων που έχουμε για την ασθένεια μιλάμε για την κοινωνία και την σχέση μας μαζί της. Η γένεση της ασθένειας καταλογίστηκε σε μία επιθετική κοινωνία, η οποία καταπιέζει, δια μέσου ενός αστικού και νοσηρού τρόπου ζωής, το άτομο το οποίο ταυτίζεται με την υγεία. Η ασθένεια λοιπόν ενσαρκώνει και αποκρυσταλλώνει την κοινωνική επιθετικότητα. Η αυξημένη σπουδαιότητα όμως που προσδίδεται στην έννοια της υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις ενέργειες που κάνουμε για να την διατηρήσουμε ή να την ανακτήσουμε και ταυτίζεται άμεσα με την ιατρική παρέμβαση. Έτσι, σύμφωνα με τις καινούριες νόρμες, ο άνθρωπος είναι «υποχρεωμένος» να είναι υγιής, ή στην περίπτωση που είναι άρρωστος, είναι «υποχρεωμένος» να γιαιτρευτεί, (Herzlich C., Pierret J., Malades, 1984).

Στο επίπεδο μιας κοινωνίας, όπου η υγεία και η ασθένεια γίνονται αντιληπτές μέσα από το πρίσμα του ιατρικού μοντέλου, η ασθένεια δεν είναι μόνο το σύνολο των συμπτωμάτων που μας οδηγεί στον γιατρό, αλλά είναι μία από τις εξέχουσες ενσαρκώσεις της δυστυχίας. Επίσης η οπτική που έχουμε για το σώμα μας, τις λειτουργίες και τις δυσλειτουργίες του έχει ενσωματώσει ορισμένες από τις κατηγορίες των ιατρικών γνώσεων και τόσο στην διάγνωση όσο και στην παρέμβαση εμπιστευόμαστε τον εαυτό μας στα χέρια ενός ειδικού που είναι ο γιατρός (Παπαστάμου, 1995).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας εξηγούν σε έναν βαθμό τους λόγους για τους οποίους εμφανίζονται φαινόμενα όπως η μόδα για τις υγιεινές τροφές, την μακροβιοτική, τους διάφορους τύπους «ήπιας ιατρικής» και την γρήγορη εξάπλωση των οικολογικών ιδεών στις τεχνολογικά ανεπτυγμένες χώρες (Παπαστάμου, 1989).

Σχέσεις αλληλεξάρτησης υγείας και κοινωνίας

Η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας μιας χώρας και συντελεί σημαντικά στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξή της. Η σχέση που υφίσταται μεταξύ της υγείας και της κοινωνίας είναι σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης, χρονολογείται από τις πρώτες κοινωνίες μέχρι σήμερα και ανάλογα με τις ισχύουσες κοινωνικές συνθήκες οι άνθρωποι διαχειρίζονται καταστάσεις υγείας και ασθένειας. Η επέλευση μιας επιδημίας στην περίοδο του μεσαίωνα, κατά την οποία επικρατούσαν οι επιδημίες, μπορούσε να μετατρέψει την όψη μιας κοινωνίας ή και μιας ολόκληρης χώρας, αφού ο θάνατος αποδεκάτιζε με τρομακτικούς ρυθμούς και προκαλούσε σοβαρές δημογραφικές ανισορροπίες και κοινωνική απόγνωση. Οι άνθρωποι τότε, αν και εργάζονταν σκληρά, υπήρχε ελάχιστη σοδειά και αν προσθέσουμε τις θεομηνίες και τις φυσι-

κές καταστροφές που δεν μπορούσαν να αντιμετωπίσουν, καταλαβαίνουμε ότι με μεγάλη δυσκολία εξασφάλιζαν την τροφή τους. Έτσι, η πείνα και η εξαθλίωση έδινε την δυνατότητα γρήγορης εξάπλωσης των επιδημιών και ταυτόχρονα υπήρχε μεγάλη οικονομική δυσχέρεια αφού ο παραγωγικός πληθυσμός μειωνόταν σημαντικά και δεν μπορούσε να καλλιεργηθεί η γη και να αποδώσει σοδειά. Φαίνεται λοιπόν, η σχέση που υπάρχει μεταξύ του επιπέδου ανάπτυξης μιας κοινωνίας και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. (Omran, Ar., 1971). Ένα σύγχρονο παράδειγμα αλληλεξάρτησης υγείας και κοινωνίας είναι η κατάσταση που επικρατεί σε χώρες του Τρίτου Κόσμου. Ο πληθυσμός ζει κάτω από το όριο της φτώχειας με άθλιες συνθήκες υγιεινής, με αποτέλεσμα οι επιδημίες να μαστίζουν τις χώρες αυτές.

Στο πέρασμα των αιώνων, η βελτίωση της διατροφής, της υγιεινής και των αποχετευτικών συστημάτων, η εξέλιξη στο διοικητικό σύστημα των πόλεων, η άνοδος της οικονομίας και του εμπορίου, η εξέλιξη των αγροτικών τεχνικών, συνέβαλαν στην αντιμετώπιση της πείνας και στη μείωση της θνησιμότητας, με αποτέλεσμα οι επιδημίες να αρχίζουν να περιορίζονται, οι θάνατοι από λοιμώδη νοσήματα μειώνονται, άρχισε να εμφανίζεται αύξηση του πληθυσμού και η ιατροφαρμακευτική επιστήμη εξελίσσεται με ραγδαίους ρυθμούς με συνέπεια την αύξηση του προσδόκιμου ζωής οδηγώντας τις κοινωνίες σε μια υγειονομική πρόοδο. Η διαδικασία αυτή ονομάστηκε δημογραφική μετάβαση και απεικονίζει το πέρασμα ενός πληθυσμού από ένα τύπο σταθερότητας σε κάποιο άλλο (Wahdan Mn., 1996).

Στις αναπτυγμένες χώρες, η υγεία των λαών είναι σε πολύ καλύτερο επίπεδο συγκριτικά με τις αναπτυσσόμενες και τις λιγότερο αναπτυγμένες, διότι το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, σε έρευνα που έγινε το 1993, κυμαίνεται από 8.000-37.000 δολάρια το χρόνο (The World Health Report, 1996) και οι συνθήκες διαβίωσης και υγιεινής είναι σε υψηλά επίπεδα όπως και η ποιότητα της διατροφής τους. Το 4% του εργατικού δυναμικού είναι αγρότες, το 27% απασχολείται στη βιομηχανία και το 60% στον τομέα των υπηρεσιών, επίσης το επίπεδο μόρφωσης του πληθυσμού φτάνει το 95%. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η ανάπτυξη μείωσε τα επίπεδα φτώχειας διότι οι χώρες παρουσίασαν οικονομική άνοδο αυξάνοντας τις μηνιαίες αποδοχές και την παραγωγικότητα των εργαζομένων, όπως οι χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, η Ταιβάν και η Ν. Κορέα που έχουν μετατραπεί σε ημι-βιομηχανικές χώρες και το κατά κεφαλήν ΑΕΠ κυμαίνεται από 650-8.000 δολάρια το χρόνο (World Development Report, 1995). Το 29% του εργατικού δυναμικού είναι αγρότες, το 18% δραστηριοποιούνται σε αστικές εργασίες και το 46% στις υπηρεσίες και στη βιομηχανία. Τέλος, στα λιγότερο αναπτυγμένα κράτη, όπως της Αφρικής, της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής, που μαστίζονται από τη φτώχεια και τον υποσιτισμό, με αποτέλεσμα την αυξη-

μένη νοσηρότητα και θνησιμότητα και το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, το κατά κεφαλήν ΑΕΠ είναι περίπου στα 350-695 δολάρια (1993). Το 61% ασχολείται με αγροτικές εργασίες, το 22% σε δραστηριότητες αστικού τομέα και μόλις το 15% απασχολείται σε υπηρεσίες και εργοστάσια. (Μάντη, Π., Τσελέπη, Χρ., 2000).

Παράγοντες που επηρεάζουν την σχέση υγείας και κοινωνίας

Η υγεία επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων που την προσδιορίζουν. Δεν σχετίζεται μόνο με μεταβολές στην ανθρώπινη βιολογία, αλλά επηρεάζεται από το περιβάλλον και τον τρόπο που ζούμε, εργαζόμαστε, τρεφόμαστε, από δημογραφικούς παράγοντες, από το σύστημα υγείας και από τις σχέσεις που αναπτύσσουμε με τους άλλους. Μελετητές όπως οι Freidson, Jewson και Foucault έθεσαν την άποψη ότι το βιοϊατρικό μοντέλο ανήκει στο γενικότερο κοινωνικό περιβάλλον, μεταλλάσσεται και αλληλεπιδρά με πολιτικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. (Οικονόμου, Χ., 2005).

Δημογραφικοί παράγοντες

Οι δημογραφικοί παράγοντες όπως ο ρυθμός εξέλιξης του πληθυσμού, η γήρανση του πληθυσμού, η υπογεννητικότητα, η μετανάστευση, η σύνθεση του πληθυσμού κατά ηλικία, φύλο, επάγγελμα, κ.ο.κ. επηρεάζουν άμεσα την κατάσταση υγείας του κοινωνικού συνόλου. Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς, τα εκφυλιστικά νοσήματα και οι χρόνιες παθήσεις κυριαρχούν ενώ οι γεννήσεις μειώνονται αισθητά. Ακόμη και οι πιο αναπτυγμένες, τεχνολογικά, χώρες βρίσκονται στο στάδιο προσαρμογής. Σήμερα παρόλο που η μακροβιότητα είναι επιθυμητή, φέρνει νέες προκλήσεις και απαιτήσεις με σημαντικές επιδράσεις στα συστήματα υγείας όλων των κρατών διότι υπάρχει αυξημένη ζήτηση για ιατροφαρμακευτική κάλυψη και προσαρμογή των συστημάτων στις ανάγκες που δημιουργεί η γήρανση του πληθυσμού. Επομένως, περισσότερα άτομα θα ενηλικιωθούν και θα νοσήσουν με νόσους που είναι συχνότερες στην τρίτη ηλικία όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος. Η γήρανση του πληθυσμού το 2050 θα εμφανίζει τις υψηλότερες τιμές στην Ισπανία (67,5%) και στην Ελλάδα (58,8%), ενώ ο δείκτης νέων για την χώρα μας θα είναι ο χαμηλότερος στην Ε.Ε (22,3%), (ΕΚΚΕ, 2006). Κάθε χρόνο ο πληθυσμός της γης αυξάνεται περίπου κατά 100 εκατομμύρια, το 1955 ήταν 2,8 δισεκατομμύρια ενώ το 2025 αναμένεται να φτάσει τα 8 δισεκατομμύρια. (Τούντας, Γ., 2000).

Η μετανάστευση, επίσης, είναι ένας καθοριστικός παράγοντας και σημειώνονται τα τελευταία χρόνια πολλές ανακατατάξεις πληθυσμών. Κύριες αιτίες εγκατάλειψης των πατρογονικών εστιών είναι οι διώξεις,

οι ένοπλες συρράξεις και η οικονομική δυσχέρεια στην περιοχή όπου ζούσαν με συνέπεια την μετακίνηση πληθυσμών από τις υπανάπτυκτες ή αναπτυσσόμενες στις αναπτυγμένες χώρες. Οι συνέπειες της εισαγωγής μεταναστών για την υγεία μιας κοινωνίας, είναι δυσάρεστες. Ο ρατσισμός κυριαρχεί. Τα άτομα καταλήγουν να ζουν σε ακατάλληλους χώρους, ενώ επικρατεί υπερ-συνωστισμός, αντιμετωπίζουν προβλήματα εργασιακής και κοινωνικής ενσωμάτωσης, χωρίς άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και καταλήγουν να είναι κοινωνικά αποκλεισμένοι από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Ωστόσο, στην εποχή μας, εκατομμύρια άνθρωποι κάθε μέρα διασχίζουν τα διεθνή σύνορα με αποτέλεσμα ένας παθογόνος οργανισμός, όπως η γρίπη, να μπορεί να ταξιδέψει σε όλον τον κόσμο μέσα σε λίγες μόνο ώρες και να εμφανίζονται ξεχασμένες ασθένειες στις αναπτυγμένες χώρες όπως η φυματίωση, λοιμώδη νοσήματα υψηλής μεταδοτικότητας, ψώρα, σύφιλη, AIDS, ηπατίτιδες, κ.ά. λόγω της πυκνοκατοίκησης των αστικών περιοχών, των έντονων διαπροσωπικών επαφών και των ανθυγιεινών συνθηκών διαβίωσης. (Κρεμαστινού, Τ., 1996). Η εθνική υγεία αποτελεί πια μια διεθνή πρόκληση. Έτσι, λοιπόν, οι παγκόσμιοι οργανισμοί επέβαλαν μέτρα υγιονομικής προστασίας, για να προστατέψουν τα ανθρώπινα κοινωνικά δικαιώματα. Η Ελλάδα καλείται να βρει τρόπους αντιμετώπισης της δημογραφικής γήρανσης και υιοθέτηση μεταναστευτικών πολιτικών που θα επιτρέπουν την πραγματοποίηση των δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών αναπτυξιακών στόχων της.

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες και οι συνθήκες διαβίωσης και ζωής όπως διατροφή, άσκηση, κάπνισμα, ναρκωτικά, αλκοόλ επιδρούν στην υγεία αφού επηρεάζουν τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας αλληλεπιδρώντας με το εργασιακό περιβάλλον, το οικογενειακό, την οικονομική ικανότητα, την εκπαίδευση και τα κοινωνικά προνόμια. Έρευνες έδειξαν ότι τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικές τάξεις (χαμηλό εισόδημα, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, κ.ά.), παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό και οι υποβαθμισμένες κοινωνικά περιοχές εμφανίζουν υψηλά ποσοστά εγκληματικότητας, ανεργίας και γενικότερα κοινωνικών προβλημάτων με συνέπεια τον κοινωνικό αποκλεισμό των περιοχών που επιφέρει διάφορα ψυχοσωματικά νοσήματα π.χ. αϋπνία, κατάθλιψη κ.ά.. Ταυτόχρονα, η συχνές επαγγελματικές αλλαγές, αλλαγή κατοικίας και αλλαγή συνθηκών ζωής, ενοχοποιούνται για αύξηση νοσηρότητας. Το άγχος και οι συνήθειες όπως αλκοόλ, ναρκωτικά και κάπνισμα, λειτουργούν επιβαρυντικά στην υγεία επηρεάζοντας την ψυχική σφαίρα του ατόμου. Ας μη ξεχνάμε ότι η αστικοποίηση και η βιομηχανοποίηση των κρατών, προκάλεσε απώλεια



ηθικών και θρησκευτικών αξιών με αποτέλεσμα τη σεξουαλική απελευθέρωση και την γρήγορη εξάπλωση των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, (Μάντη, Π., Τσελέπη, Χρ., 2000). Η εργασία και η ανεργία είναι δύο παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία άμεσα και έμμεσα, διαμορφώνοντας την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και ωρίμανση του ατόμου και την κοινωνικοποίησή του, μιας και αποτελούν σημαντικό παράγοντα στη κοινωνική αναγνώριση ξεπερνώντας κατά πολύ την οικονομική της διάσταση. Η ανεργία αποτελεί στέρση του κοινωνικού του ρόλου. Όσο αυξάνεται η ανεργία τόσο χειροτερεύουν οι συνθήκες διαβίωσης ενός πληθυσμού και συνεπώς αυξάνεται η νοσηρότητα και η θνησιμότητα. Σύμφωνα με έρευνα που έκαναν οι Maclure και Stewart (1984) στη Γλασκόβη, τα παιδιά που ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές ανέργων γονιών έχουν αυξημένες πιθανότητες να νοσήσουν και να εισαχθούν σε νοσοκομείο από άλλα που διαμένουν σε μη υποβαθμισμένες, (Harding, G., Nettleton, S., Taylor, K., 1994). Στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια, λόγω των οικονομικών δυσχερειών η ανεργία έχει αυξηθεί κατά πολύ με σοβαρές συνέπειες στην σωματική αλλά και ψυχική υγεία των πολιτών, όλων των ηλικιών και των δυο φύλων. Επίσης, οι συνθήκες εργασίας μπορούν να θεωρηθούν επαγγελματικοί κίνδυνοι και να προκαλέσουν επαγγελματικά νοσήματα. Οι συμπεριφορικοί παράγοντες (διατροφή, άσκηση, κάπνισμα, ναρκωτικά, αλκοόλ) μπορούν να επηρεάσουν την πορεία της υγείας ενός πληθυσμού. Πολιτισμικοί, κοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν και να διαμορφώσουν την συμπεριφορά, αναλόγως της κοινωνικής θέσης και του κοινωνικού ρόλου του ατόμου μέσα στην κοινωνία, των πολιτιστικών διαφορών και πεποιθήσεων που επικρατούν, οι θρησκευτικές αντιλήψεις για την αντιμετώπιση της ζωής και του θανάτου, την αμαρτία, την τιμωρία, κ. ά. (Αγραφιώτης, Δ., 1988).

Η οικονομική κρίση, σε παγκόσμια κλίμακα, αποτελεί καταλυτικό παράγοντα στην κοινωνική ζωή και στην υγεία. Η συρρίκνωση των εισοδημάτων και η αύξηση της ανεργίας, που επιφέρει η οικονομική κρίση, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά μια κοινωνία προξενώντας μεγάλο πλήγμα στην αυτοεικόνα και αυτοεκτίμηση των ατόμων, προκαλώντας ψυχολογικές διαταραχές όπως ανησυχία, άγχος, αϋπνίες, ανασφάλεια, κρίσεις πανικού, κατάθλιψη, διενέξεις στο οικογενειακό και επαγγελματικό περιβάλλον, δημιουργώντας σοβαρά κοινωνικά προβλήματα όπως τον εθισμό και την εξάρτηση σε ουσίες και αλκοόλ, την αύξηση των αυτοκτονιών, την υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής κυρίως στις χαμηλότερα κοινωνικές τάξεις. Η εργασία ταυτίζεται με τον κοινωνικό ρόλο του ατόμου και του δίνει αυτοεκτίμηση και αίσθημα ασφάλειας, βοηθά πολύ στην συγκρότηση της ταυτότητας του και της γενικότερης εικόνας του. Έρευνες έδειξαν ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% αύξησε το ποσοστό των

αυτοκτονιών κατά 0,97%, ενώ όταν αυξάνεται η ανεργία 3% για μεγάλο χρονικό διάστημα το ποσοστό των αυτοκτονιών αυξάνεται σε 4-4,5% (Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β, 2010). Οι άνδρες κυρίως κινδυνεύουν περισσότερο από προβλήματα ψυχικής υγείας όπως οι αυτοκτονίες και η χρήση αλκοόλ. Η οικονομική κρίση θέτει σε κίνδυνο και την οικογενειακή γαλήνη, οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων μπορεί να σηματοδοτήσουν μια κοινωνία. Σε έρευνα που έγινε στην Φιλανδία, η οποία έζησε μια μεγάλη οικονομική κρίση στην δεκαετία του '90, έδειξε πως ένας στους τέσσερις νέους που γεννήθηκαν το 1987 παρουσίασε παραβατική συμπεριφορά και ένας στους πέντε είχε δεχθεί ψυχιατρική φροντίδα (Wahlbeck K, McDaïd D, 2012). Παρατηρούμε λοιπόν ότι διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ψυχική υγεία των ατόμων. Η εγκληματικότητα, όπως οι κλοπές και οι ανθρωποκτονίες, είναι ένα άλλο μέρος της κοινωνικής ζωής το οποίο επηρεάζεται από την οικονομική κρίση με αποτέλεσμα να υπάρχουν μεγάλες δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις των ανθρώπων όπως ο κοινωνική απόσυρση και ο κοινωνικός αποκλεισμός των ευπαθών ομάδων, όπως των παιδιών, των μονογονεϊκών οικογενειών, των ανέργων, των μεταναστών και των ηλικιωμένων (Wahlbeck K, McDaïd D, 2012).

Κοινωνικές σχέσεις και υγεία

Έρευνες έδειξαν ότι όταν τα άτομα συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική ζωή και αναπτύσσουν τις κοινωνικές τους σχέσεις, παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας αλλά και νοσηρότητας κυρίως σε ασθένειες όπως η αρτηριοσκλήρυνση, η αρτηριακή υπέρταση, το υποτροπιάζον έμφραγμα του μυοκαρδίου και τα κακοήθη νεοπλασμάτα (Ertel, K., Glymour M. and Berkman L., 2009; Everson-Rose, S. and Lewis, Tené, 2005; Robles, T. and Kiecolt-Glaser, J., 2003; Uchino, B., 2006).

Πρόσφατες μελέτες που έγιναν σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, (Brummett et al. 2001), έδειξαν ότι οι ασθενείς που είχαν ανεπτυγμένη κοινωνική δραστηριότητα παρουσίασαν μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας κατά 2,4 από αυτούς που δεν συμμετείχαν στις κοινωνικές δομές. Επίσης, εκτός από τη συμμετοχή σε κοινωνικές και θρησκευτικές εκδηλώσεις, μια άλλη ισχυρή κοινωνική σχέση, ο γάμος, επιδρά θετικά στην υγεία (ψυχική και σωματική) του ανθρώπου. Η έλλειψη σχέσης εμπιστοσύνης σε μια οικογένεια και η απουσία της οικογενειακής θαλπωρής μειώνει την άμυνα του οργανισμού με αποτέλεσμα το άτομο να είναι επιρρεπής στις ασθένειες. (Waite, L., 1995, Denney, J., 2010).

Κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες και υγεία

Οι κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες στον τομέα της υγείας είναι σύνθετες και αρκετά πολύπλοκες. Αυτό συμβαίνει επειδή επηρεάζονται κυρίως από την κατα-



νομή του πλούτου και της δύναμης, από το φύλο, το επάγγελμα, την εκπαίδευση, τον τρόπο ζωής, μέσα στις κοινωνίες αλλά και από τον βαθμό ανάπτυξης των γεωγραφικών περιοχών και την επάρκεια των υγειονομικών υπηρεσιών. Σε μελέτη που έγινε στη Μ. Βρετανία, από τον Douglas Black (1980) και τους συνεργάτες του, για να παρατηρήσουν την σχέση ανάμεσα στην υγεία και την κοινωνική και επαγγελματική τάξη μιας κοινωνίας, χρησιμοποίησαν στατιστικούς δείκτες όπως πληθυσμός και οικογενειακός προϋπολογισμός και μελέτησαν δείκτες θνησιμότητας και κοινωνικής ανισότητας και διαπίστωσαν ότι η θνησιμότητα ήταν σχεδόν τριπλάσια στις χαμηλότερες κοινωνικά κατηγορίες, η θνησιμότητα των βρεφών σχεδόν διπλάσια στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα σε σχέση με τα υψηλότερα και τέλος ότι, υψηλές επαγγελματικά κοινωνικές τάξεις χρησιμοποιούσαν πολύ περισσότερο τις υγειονομικές υπηρεσίες από ότι οι ασθενείς τάξεις. (Townsend, P, Davidson, N, 1992). Η κοινωνική θέση του ατόμου, η σχέση του προς τα μέσα παραγωγής, ο τρόπος ένταξής του στην παραγωγική διαδικασία, οι υλικές συνθήκες ύπαρξης, οι κοινωνικές αξίες και οι κυρίαρχες ιδεολογίες, διαμόρφωσαν και διαμορφώνουν κοινωνικές τάξεις και κοινωνικά στρώματα που παρουσιάζουν μεταξύ τους σημαντικές διαφορές ως προς την υγεία. Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία καταγράφονται και στους δείκτες νοσηρότητας. Έχει υποστηριχθεί ότι οι ανισότητες στην υγεία είναι πιο έντονες σε ότι αφορά τη νοσηρότητα απ' ότι τη θνησιμότητα. Σε περιοχές όπου οι βασικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι τα λοιμώδη νοσήματα, ο ρόλος των κοινωνικών παραγόντων που επιδρούν στην υγεία είναι εμφανής. Οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις υποφέρουν από κακή διατροφή, έλλειψη καθαρού πόσιμου νερού, θέρμανσης, αποχέτευσης, στέγης και από ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας. Οι παράγοντες αυτοί έχουν σαφή επίδραση στη διασπορά των λοιμωδών νοσημάτων (Τούντας Γ., 2008).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ο ρυθμός βελτίωσης της υγείας του συνολικού πληθυσμού δεν είναι όμοιος σε όλες τις κοινωνικές ομάδες, παρά την παγκόσμια βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Επίσης παρατηρούνται και ανισότητες στην υγεία μεταξύ ανδρών και γυναικών. Οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και επισκέπτονται τους ιατρούς συχνότερα από τον ανδρικό πληθυσμό. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην χώρα μας, με σκοπό την ανάδειξη της υγείας του πληθυσμού, σε τυχαίο δείγμα ηλικίας 20-65 ετών, έδειξε ότι το 26,5% των ανδρών έπασχαν από μια συγκεκριμένη ασθένεια (ψυχική ή σωματική) ενώ αντίστοιχα στον γυναικείο πληθυσμό το ποσοστό ανερχόταν στο 43,2%. (Μαδιανός, Μ., Γ., Ζάρναρη, Ο., και συν., 1988). Στην χώρα μας το 1990, το προσδόκιμο επιβίωσης για τους άνδρες ήταν στα 74,6 έτη ενώ για τις γυναίκες στα 79,4 έτη, παρατη-

ρείται δηλ. μια διαφορά της τάξης περίπου των 4,8 χρόνων (Μάντη, Π., Τσελέπη, Χρ., 2000).

Η αστικοποίηση, παρουσιάζει ραγδαία άνοδο τα τελευταία έτη, με αποτέλεσμα την γρήγορη οικονομική ανάπτυξη και καλύτερες συνθήκες διαβίωσης. Παρόλα αυτά όμως, ο θόρυβος, τα απόβλητα, η έλλειψη χώρου, η κοινωνική αποξένωση, η έλλειψη πάρκων, αποτελούν αξιόλογους παράγοντες κινδύνου για την υγεία. Σήμερα πολλοί άνθρωποι ζουν απομονωμένοι σε πολυκατοικίες ή σε χωριά αποδυναμωμένα λόγω της αστικοποίησης. Η εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων, η τάση αυτοκτονιών και τα τροχαία ατυχήματα κάνουν έντονη την παρουσία τους και εκφράζουν το σύγχρονο πλέον τρόπο ζωής. (Τούντας, Γ., 2007).

Πρόσβαση στην υγεία

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί βασικό παράγοντα αλληλεξάρτησης κοινωνίας και υγείας. Έρευνες έδειξαν ότι οι μεσαίες και ανώτερες οικονομικά και κοινωνικά τάξεις χρησιμοποιούν περισσότερο τις υγειονομικές υπηρεσίες από τις κατώτερες και οικονομικά ασθενέστερες τάξεις και λαμβάνουν υψηλότερο επίπεδο περίθαλψης, το ίδιο παρατηρείται και στο επίπεδο εκπαίδευσης, όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο τόσο αυξάνεται η χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών. (Σαρρής, Μ., 2001). Ας μην ξεχνάμε ότι ένα σύστημα υγείας πρέπει να παρέχει ίσες ευκαιρίες στη χρήση των υπηρεσιών του και να είναι πάντα διαθέσιμο και προσπελάσιμο στους πολίτες του ακόμα και σε μειονότητες ή διαφορετικής εθνικότητας πολίτες. Μελέτες που έχουν γίνει στις ΗΠΑ και αφορούν πολίτες διαφορετικής εθνικότητας, από Ν. Ασία και Ευρώπη, κατέγραψαν ότι οι πολίτες της Ν. Ασίας χρησιμοποιούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περισσότερο από τους Ευρωπαίους (Chaturvedi, Rai and Ben-Shlomo, 1997), αλλά αντιμετωπίζουν γλωσσικές δυσκολίες κυρίως τα άτομα τρίτης ηλικίας στην κατανόηση της ασθένειας και της θεραπευτικής τους αγωγής. (Ebdon et al., 1988, Free et al., 1999). Αρκετές φορές, οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και αξίες που κουβαλάνε, τα ταμπού, οι προκαταλήψεις, τα στερεότυπα και γενικότερα η διαφορετική τους κουλτούρα, με χρησιμοποίηση πρακτικών ή εναλλακτικών θεραπευτικών μέτρων, μπορεί να επηρεάσει τη φαρμακευτική αγωγή ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, με άσχημα αποτέλεσμα για την υγεία τους. (Carruccio, 1997, Scott, 1998, Shaw et al., 1999). Η κουλτούρα των λαών παίζει σπουδαίο ρόλο στην υγεία των ανθρώπων αφού επηρεάζει σημαντικά την εξέλιξη μιας νόσου. Για παράδειγμα στην Ινδία έχουν καταγραφεί υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας από Σακχαρώδη Διαβήτη, με κατάληξη τη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, λόγω της μη θεραπευτικής αντιμετώπισης του διαβήτη (Goyder and Botha, 2000).



Περιβαλλοντικοί και γεωφυσικοί παράγοντες

Οι περιβαλλοντικοί και γεωφυσικοί παράγοντες όπως το φυσικό περιβάλλον και ο φυσικός πλούτος, οι πρώτες ύλες, η ατμοσφαιρική ρύπανση, η κατοικία, οι γενετικά μεταλλαγμένες τροφές, τα βιομηχανικά απόβλητα, η χρήση της ραδιενέργειας, ο θόρυβος, ο βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων, η τρομακτική μείωση της ποσότητας και η υποβάθμιση της ποιότητας του νερού, επιδρούν άμεσα στην υγεία και στην ασθένεια. Οι άνθρωποι που κατοικούν δίπλα ή κοντά σε χώρους πρασίνου, που μπορούν να έχουν επαφή με ελεύθερους δημόσιους χώρους φυτεμένους με δέντρα, εμφανίζουν σημαντικά μικρότερη νοσηρότητα από τους υπόλοιπους κατοίκους. Ένας από τους κρίκους που συνδέει πράσινο και υγεία είναι το στρες. Το στρες είναι μία από τις σύγχρονες ασθένειες της ζωής στην πόλη και προέρχεται από πολλές καθημερινές για τους περισσότερους καταστάσεις (Ελαφρός, 2009).

Η έκθεση σε επιβαρυντικούς για το περιβάλλον παράγοντες πέρα από τα επιτρεπτά όρια και γενικότερα η διαταραχή του οικοσυστήματος αυξάνουν την νοσηρότητα και έχουν σχέση με ορισμένες παθήσεις του ανθρώπινου οργανισμού όπως κακοήθη νεοπλασμάτα, αναπνευστικά νοσήματα και γενετικές βλάβες (Τούντας, Γ., 2000). Το φυσικό περιβάλλον είναι εξαιρετικά σύνθετο και αλλάζει συνεχώς. Οι περισσότερες από τις αλλαγές του περιβάλλοντος είναι προϊόν της δράσης του ανθρώπου, ενώ οι διαδικασίες αλλαγής περιλαμβάνουν και αλλαγές στις περιβαλλοντικές απειλές κατά της ανθρώπινης υγείας. Οι περιβαλλοντικές απειλές κατά της υγείας δεν αφορούν μόνο τις παθογόνες επιδράσεις βιολογικών, χημικών και φυσικών παραγόντων, αλλά και τη γενικότερη υποβάθμιση της ποιότητας της καθημερινής ζωής, που εξαρτάται εν πολλοίς από την ποιότητα του περιβάλλοντος. Τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης πόλης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία των κατοίκων. Οι παράγοντες αυτοί είναι : η ατμοσφαιρική ρύπανση, το νερό, τα τροχαία ατυχήματα, τα απόβλητα, ο θόρυβος, η έλλειψη χώρου, η κοινωνική αποδιοργάνωση (Τούντας Γ., 2007).

Συμπεράσματα

Με τις διάφορες κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις, που εκτυλίσσονται σε μια κοινωνία, οι απόψεις για την υγεία και την ασθένεια και τα επίπεδα υγείας των πληθυσμών διαφοροποιούνται διαρκώς. Το κοινωνικό περιβάλλον είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την υγεία. Κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες και παράγοντες επηρεάζουν το είδος και την κατανομή των ασθενειών στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Η υγεία και η ασθένεια εμπλέκονται σε όλες τις πτυχές της κοινωνικής ζωής, χωρίς να διαχωρίζονται από τις αξίες, τα στερεότυπα, τις πεποιθήσεις και την καθημερινή συμπεριφορά μιας κοινωνίας.

Η προστασία της υγείας αλλά και η ασθένεια εξαρ-

τώνται από ένα σύστημα παραγόντων του γενικότερου κοινωνικού περιβάλλοντος όπως οικονομικών, κοινωνικών, πολιτιστικών, πολιτικών, περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών και δημιουργούν την αλληλεξάρτηση υγείας και κοινωνίας. Τα επίπεδα υγείας των αναπτυγμένων χωρών είναι πολύ υψηλότερα από ότι των λιγότερο αναπτυγμένων εξαιτίας των διαφορετικών κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών συνθηκών που επικρατούν, όμως κανείς δεν μπορεί να αποκλείσει ότι οι ανακατατάξεις που συντελούνται τον τελευταίο καιρό στο παγκόσμιο προσκήνιο δεν θα έχουν άμεσες επιπτώσεις και στις χώρες αυτές. Η επιστημονική κοινότητα έχει κάνει κοινώς αποδεχτή την άποψη ότι κυρίως οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, αλλά και η κοινωνική υποστήριξη, αποτελεί ουσιαστική βάση για την διατήρηση της υγείας ή αντίστροφα για την πρόκληση της ασθένειας.

Από την πολυπλοκότητα των σχέσεων μπορούμε να αντιληφθούμε τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα η κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, μέσα από την αναδιάταξη των κοινωνικών σχέσεων που την χαρακτηρίζει.

Στην Ελληνική πραγματικότητα, με την κρίση να διέπει την ελληνική κοινωνία, η λιτότητα που εφαρμόζεται και οι περικοπές κοινωνικών δαπανών και κυρίως στον χώρο της υγείας, προκύπτει ότι οι υγειονομικές ανισότητες θα ακολουθήσουν μια αυξητική πορεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσσον

- Adam Ph, Herzlich Cl, (1999) Κοινωνιολογία της ασθένειας και της ιατρικής.(μτφρ. Κ. Βασιλικού). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. (1980) The Black Report. Pelican Books.
- Brummett B, Barefoot J, Siegler I, Clapp-Channing N, Lytle B, Bosworth H, et al. (2001) Characteristics of Socially Isolated Patients with Coronary Artery Disease Who Are at Elevated Risk for Mortality. *Psychosomatic Medicine*. 63:267-72.
- Cappuccio FP. (1997) Ethnicity and cardiovascular risk: variations in people of African ancestry and South Asian origin. *J Hum Hypertens*. 11(9):571-6.
- Chaturvedi N, Rai H, Ben-Shlomo Y. (1997) Lay diagnosis and health-care-seeking behaviour for chest pain in South Asians and Europeans. *The Lancet*. 350(9091): 1578-1583.
- Denney J. (2010) Family and Household Formation and Suicide in the United States. *Journal of Marriage and Family*. 72:202-13.
- Ebden P, Carey O, Bhatt A, and Harrison B. (1988) The bilingual consultation. *The Lancet*. 1:347.
- Ertel K, Glymour M. and Berkman L. (2009) Social Networks and Health: A Life Course Perspective Integrating Observational and Experimental Evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26:73-92.
- Everson-Rose S, Tené T. (2005) Psychosocial Factors and Cardiovascular Diseases. *Annual Review of Public Health*. 26:469-500.
- Free C, Green V, and Newman A. (2003) Bilingual young people's experiences of interpreting in primary care. *British Journal of*



- General Practice. 53:530-535.
- Goyder EC, McNally G, Botha JL. (2000) Inequalities in access to diabetes care: evidence from a historical cohort study. *Qual Health Care*. 9(2): 85-89.
- Harding G, Nettleton S, Taylor K. (1994) *Sociology for Pharmacists*. μτφ. Πρωτοτύπου Τομέας Κοινωνιολογίας ΕΣΔΥ.
- Herzlich C., Pierret J., Malades (1984): *d' hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot. In Παπαστάμου Σ. «Κοινωνικές Αναπαραστάσεις», Οδυσσέας, 1995.
- Omran, Ar. (1971) The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q*. 49:509-538.
- Robles Theodore F. and Kiecolt-Glaser Janice K, (2003) *The Physiology of Marriage: Pathways to Health*. *Physiology and Behavior*. 79:409-16.
- Scott JC. (1998) Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed.
- Shaw M, Gordon D, Dorling D, Davey Smith G. (1999) *The Widening Gap: Health Inequalities and Policy in Britain*. Bristol: The Policy Press.
- The World Health Report (1996) *Fighting disease, Fostering development*. WHO, Geneva.
- Townsend P, Davidson N. (1992) *Inequalities in Health, The Black Report*. London: Penguin Books.
- Uchino, Bert N. (2004) *Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Wahlbeck K, McDaid D (2012) Action to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*. 11(3):139-145.
- World Development Report (1995) *Workers in an Integrating World*. The World Bank, Washington, D.C.
- Wahdan Mn. (1996) The epidemiologic transition. *East Med Health J*. 2:8-20.
- Waite Linda J. (1995) Does Marriage Matter? *Demography*. 32:483-508
- World Health Organization, WHO, (1946) *International Health Conference*, New York.
- Ελληνική**
- Αγραφιώτης Δ. (1988). *Υγεία και αρρώστια. Κοινωνικο-πολιτιστικές διαστάσεις*. Αθήνα: Λίτσας
- Ελαφρός Γ.(2009). Τα πάγκα, «φάρμακο» για την υγεία μας... Σύμφωνα με επιστημονική έρευνα. (απευθείας σύνδεση), διαθέσιμη από:
http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell!_21/02/2009_304406 (προσπέλαση 25/02/09).
- Κρεμαστινού Τ. (1996) *Βασικές Αρχές Δημόσιας Υγείας. Σημειώσεις μαθήματος Επιδημιολογίας στο τμήμα Υγιεινολόγων Ιατρών, ΕΣΔΥ*.
- Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β. (2010) Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(5): 834-840.
- Μαδιανός ΜΓ, Ζάρναρη Ο. και συν. (1988) *Υγεία και Ελληνική Κοινωνία*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
- Μάντη Π, Τσελέπη Χρ. (2000) *Κοινωνικές – Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Μαντόγλου Α, Παπαστάμου Στ. (1995) *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Οικονόμου Χ. (2005) *Κοινωνιολογία της υγείας. Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Διόνικος.
- Παπαστάμου Σ., (1989): *Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Παπαστάμου Σ. (1995): *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Σαρρής Μ. (2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Τούντας Γ. (2000) *Κοινωνία και υγεία*. Αθήνα: Οδύσσεια.
- Τούντας Γ.(2007). *Φυσικό περιβάλλον και υγεία*. (απευθείας σύνδεση), διαθέσιμη από:
<http://www.neahygeia.gr/foreas.php?ParentID=305&ArticleID=561&lang=gr&CategoryID=&IssueID=4> (Προσπέλαση 15/11/08).
- Τούντας Γ. (2008). *Κοινωνικές ανισότητες*. (απευθείας σύνδεση), διαθέσιμη από:
http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=4065 (προσπέλαση 28/11/08).